

brochure destinée au patient atteint de sclérose en plaques ou à son entourage

Prof. Thibault Moreau  
Vice-président du Comité-Médico-Scientifique de la Fondation ARSEP  
Chef de service de Neurologie – CHU de Dijon

# Grossesse et sclérose en plaques





# Grossesse et sclérose en plaques

La Sclérose en Plaques (SEP) touche environ une personne sur mille avec une prédilection pour le sexe féminin. C'est donc typiquement une maladie de la femme jeune en âge de procréer. Le début de la Sclérose en Plaques étant habituellement en pleine période de projet de vie (20 à 35 ans), la question de la grossesse survient rapidement et le praticien doit pouvoir informer au mieux ses patientes. La perception par les médecins de la relation Sclérose en Plaques et grossesse a beaucoup évolué au fil du temps.

Avant les années 50, la grossesse était considérée délétère pour les malades atteintes de sclérose plaques. Puis dans les dix années suivantes, elle ne semblait plus influencer l'évolution de la maladie. Les études plus récentes semblent dans l'ensemble plutôt rassurantes sur les relations grossesse et Sclérose en Plaques Grâce à l'étude PRIMIS\* réalisée à l'échelon européen, les conséquences de la grossesse sur la maladie sont aujourd'hui bien connues. 254 patientes issues de 12 pays différents ont été étudiées pendant leur grossesse puis dans les deux ans après l'accouchement pour apprécier l'influence de la grossesse sur les poussées et le handicap.

## Le déroulement de la grossesse – l'accouchement – l'enfant

De nombreuses données sont disponibles dans la littérature sur l'influence de la sclérose en plaques sur la grossesse et l'accouchement.

Il ne semble pas exister d'effets néfastes de la sclérose en plaques sur le degré de fertilité, sur les avortements spontanés, sur l'incidence de la prématurité ou sur l'existence de la toxémie gravidique. Toutes ces études s'accordent aussi pour dire que le travail et l'accouchement se déroulent normalement. L'état de santé de l'enfant est tout à fait comparable aux enfants nés de mères en bonne santé. Leur périmètre crânien, leur poids de naissance, le taux de mortalité infantile, les malformations congénitales ne diffèrent pas des pourcentages obtenus dans une population générale normale. Les résultats de l'étude PRIMIS confirment ces données.

### Les poussées

Le score de poussées est classiquement diminué au cours de la grossesse dès le 1<sup>er</sup> trimestre mais de façon très spectaculaire lors du troisième où la fréquence des poussées est diminuée de près de 70 % par rapport à l'année avant la grossesse. Les poussées, qui surviennent pendant les 9 mois de grossesse, peuvent être traitées si cela est nécessaire par des corticoïdes sans risque majeur pour l'enfant.

De façon opposée, le score de poussées augmente de façon explosive lors du 1<sup>er</sup> trimestre de post-partum avec une augmentation de près de 70 % par rapport à l'année pré-grossesse. Puis, à l'issue du premier trimestre après l'accouchement, le score de poussées revient à son niveau de l'année avant la grossesse. Les poussées observées après l'accouchement semblent comparables aux attaques neurologiques habituelles même si certains neurologues les ont décrites plus sévères. Elles peuvent être traitées par des corticoïdes.

### Le déclenchement de la maladie après une grossesse

Il est assez fréquent d'observer un début de sclérose en plaques dans les mois qui suivent une grossesse. Le début de la maladie pendant les 9 mois de gestation est plus rare. Il semble donc que la grossesse ait tendance à repousser le début clinique de la SEP pendant la période du post-partum.

### Le handicap

L'influence de la grossesse sur le handicap à long terme a fait l'objet de plusieurs études. A partir de celles-ci, il est possible de déduire certaines conclusions :

- il n'y a pas d'arguments convaincants pour considérer que la grossesse a une influence bénéfique ou délétère sur le handicap à court et à long terme dans la sclérose en plaques,
- il n'existe en tout cas pas de parallèle entre les modifications spectaculaires du nombre de poussées observées pendant la grossesse et l'évolution du handicap.

## L'allaitement

L'allaitement n'influence pas le nombre de poussées ou l'évolution du handicap dans la Sclérose en Plaques. Les résultats de PRIMS confirment les études plus anciennes, autorisant donc l'allaitement dans la maladie. Bien sûr, celui-ci ne pourra pas être permis si les malades reçoivent un traitement contre-indiqué en cas d'allaitement.

PRIMS constitue certainement l'étude la plus précise concernant les conséquences de l'analgésie péridurale sur la sclérose en plaques. Il semble que ce procédé anesthésique, confortable pour l'accouchement, n'apparaît pas présenter de risque pour la malade aussi bien en terme de poussée que d'aggravation du handicap. De façon confirmative, lorsque des patientes porteuses de sclérose en plaques devaient avoir une césarienne, il n'a pas été constaté plus de complications avec une anesthésie péridurale qu'avec une anesthésie générale classique.

## En conclusion

Contrairement à ce qu'il a été dit pendant très longtemps, la grossesse ne semble pas aggraver la SEP. Il faut certes une grande vigilance immédiatement après l'accouchement pour éviter les poussées de post-partum précoces ou au moins pour les traiter rapidement. L'évolution au long terme des malades qui ont eu une ou plusieurs grossesses ne paraît pas plus mauvaise que les patientes sans enfant. Le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'état de santé du nouveau-né sont tout à fait comparables à une population de femmes sans maladie neurologique.

Parallèlement à ces données " scientifiques ", la décision de démarrer une grossesse lorsqu'on est porteuse d'une sclérose en plaques doit tenir compte des gênes possibles dans la vie quotidienne pour élever l'enfant. Ainsi, lorsqu'il existe des troubles de l'équilibre, une baisse de la force musculaire au niveau des membres supérieurs et des troubles sensitifs, porter un enfant, le laver, avoir un contact physique avec lui devient difficile. Cela peut être mal vécu psychologiquement et une aide auprès d'un psychothérapeute peut être nécessaire.

Tous ces résultats sur la grossesse avec en particulier la diminution de la fréquence des poussées lors des 9 mois de gestation constituent des nouvelles voies de recherche importantes. Ainsi, il est tentant d'étudier le rôle des hormones sexuelles qui sont très augmentées pendant la grossesse, comme traitement de fond de la sclérose en plaques.

---

\*PRIMS : Pregnancy relapse in multiple Sclérosis

Ch. Confavreux, M. Hutchinson, M.M. Hours, P. Cartinouis-Touraint, T. Moreau and the Pregnancy in Multiple Sclérosis Group.

Rate of Pregnancy-related relaspse in multiple Sclerosis.

The New England Journal of Medecine 1998 (july 30) ; vol 339, Number 5 ; 285-291.

## **Vu sur le site de la Fondation ARSEP 2010 :**

### **La SEP affecte des femmes jeunes et par conséquent suscite de nombreuses questions relatives à la grossesse.**

L'étude PRIMS (pregnancy in Multiple Sclerosis) a montré une diminution de la fréquence des poussées au cours de la grossesse surtout marquée au troisième trimestre par rapport à l'année précédant la grossesse.

Dans les 3 mois suivant l'accouchement, une réactivation non prévisible de la fréquence des poussées est constatée chez 1/3 des femmes. Il est possible d'essayer de l'empêcher par l'administration soit de solumédrol n'interdisant pas l'allaitement (1g par mois pendant 6 mois) soit d'immunoglobulines intraveineuses soit peut être bientôt d'oestrogènes selon les résultats de l'étude POPARTMUS.

Finalement, durant l'année de grossesse (9 mois de gestation et 3 mois du post partum), le nombre de poussées est comparable à l'année précédant la grossesse.

Diverses études montrent que globalement le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et l'état clinique de l'enfant sont comparables à ceux d'une femme indemne de SEP. La réalisation d'une analgésie péridurale de même que l'allaitement, n'entraînent ni poussée ni évolution du handicap. Concernant les traitements de fond, ils doivent être stoppés pendant la grossesse, avec un arrêt préalable d'au moins 3 à 6 mois avant la conception pour les immunosuppresseurs.

*Presse Médicale, Janvier 2010*

*Ce résumé a été rédigé par deux des auteurs de l'étude:*

*Le Pr. Thibaut Moreau, Vice-président du Comité Médico-Scientifique de la Fondation ARSEP et Président du Comité Inter-Régional Médical de la Fondation ARSEP ainsi que le Dr Agnès Fromont du CHU de Dijon.*



**Fondation pour l'aide à la recherche sur la sclérose en plaques**

14 rue Jules Vanzuppe

94200 Ivry sur Seine

01 43 90 39 39 - [www.arsep.org](http://www.arsep.org)

2010